

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 146

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Séquelles de L'Encéphalite Léthargique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Joseph MONTAGNE

Né à Clugnat (Creuse), le 13 avril 1890

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

BOSC, professeur, <i>Président</i> .	} <i>Assesseurs.</i>
DUCAMP, professeur.	
RIMBAUD, agrégé.	
MARGAROT, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

15 21

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
SEQUELLES DE L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 146

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

Séquelles de L'Encéphalite Léthargique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1921

PAR

Joseph MONTAGNE

Né à Clugnat (Creuse), le 13 avril 1890

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BOSC, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DEBRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	CRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
Anatomie	EUZIERE.	Accouchements	LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
Chimie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
	DELMAS (J.).		CABANNES.
	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. BOSC, professeur, <i>Président</i> .	MM. RIMBAUD, agrégé.
DUCAMP, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE LOUIS MONTAGNÉ
MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE
En témoignage de ma sincère affection.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. MONTAGNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

Hommage de reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

J. MONTAGNE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous croirions manquer à un devoir sacré, si nous ne jetions un regard en arrière pour remercier ceux qui se sont intéressés à nous.

Nous rendons d'abord hommage à nos chers parents dont la vie de labeur et de dévouement, sera toujours l'idéal qui nous inspirera.

Nous adressons nos sentiments de reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de médecine de Limoges.

Nous remercions également nos maîtres de Montpellier, et tout particulièrement Monsieur le professeur Bosc qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES DE L'ENCÉPHALITE LETHRAGIQUE

I

INTRODUCTION

On a signalé, consécutivement à l'épidémie d'encéphalite léthargique, un nombre considérable de séquelles d'une d'une infinie variété. Sont-ce là de véritables séquelles ou seulement des formes prolongées, chroniques de la maladie, comme on tend à le croire à l'heure actuelle? Nous discuterons cette question en temps voulu pour notre cas particulier.

Qu'on nous permette d'abord, pour donner une idée de l'infinie variété d'aspect des manifestations morbides consécutives à l'encéphalite épidémique, de citer quelques exemples pris au hasard dans la littérature médicale contemporaine.

Beaucoup d'auteurs se sont rencontrés pour signaler des myotonies ou contractures rebelles post-encéphaliti-

ques: Sicard et Paraf, Pic, Froment et Magnol, Pierre Marie, pour ne citer que ceux qui ont étudié les premiers cette sorte de complications. Parmi les « attitudes musculaires fixées » dues à ces myotonies ou contractures, Sicard et Paraf distinguent quatre modalités cliniques:

- 1° Le type parkinsonien;
- 2° Le type de torticolis cervico-brachial;
- 3° Le type du redressement plantaire;
- 4° Le type de flexion des deux mains avec apparence de double parésie radiale. (Société de Neurologie, 4 novembre 1920.)

Certains ont appelé l'attention des médecins sur les troubles sensitifs, séquelles d'encéphalites léthargiques: ainsi Foix, qui a présenté, le 29 octobre 1920, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, une enfant atteinte d'« algie à type radiculaire portant sur les territoires C⁴, C⁵, C⁶, C⁷, ayant apparu trois mois après une encéphalite épidémique et persistant encore au bout de neuf mois ».

D'autres ont signalé des troubles moteurs: c'étaient, après les myotonies, les myoclonies (Sicard, Souques, Pierre Marie et Bouttier).

D'autres encore, des troubles trophiques (Sicard et Paraf: Amyotrophies du type médullo-radiculaire et de type périphérique consécutives à l'encéphalite épidémique, *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 29 octobre 1920).

D'autres enfin, des troubles psychiques, consistant soit en un « syndrome neurasthénique » selon l'expression de Pic (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 novembre 1920); soit en un « syndrome dépressif grave avec aspect figé de la face, lenteur de l'idéation, asthénie neuromusculaire, préoccupations hypocondriaques (Rouquier, *Société médico-psychologique*, séance du 25 octobre 1920), soit en « insomnie, facies hébété, état mental particulier

caractérisé par une diminution de l'intelligence, une étourderie considérable, une propension anormale à taquiner ses camarades et à se mêler de ce qui ne la regarde pas, chez une fillette auparavant normale » (Mouriquand, Lamy et Martine, *Société Médicale des Hôpitaux*, 7 décembre 1920), soit enfin en troubles du sommeil « paraissant dus à une action toxique du virus isolé sur le centre lui-même du sommeil » (F. Hofstadt, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 3 décembre 1920).

Quelques auteurs ont même décrit comme étant consécutifs à une encéphalite épidémique, des symptômes de sclérose en plaques et de maladie de Little (Rémond et Lannelongue, *Académie de Médecine*, 19 octobre 1920 ; Pic, *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 novembre 1920).

Et encore, nous ne citons là qu'une minime partie des publications ayant trait aux pseudo-séquelles de l'encéphalite épidémique !

Comme on le voit, ces publications sont si nombreuses et ces pseudo-séquelles si variées, qu'il ne saurait rentrer dans le cadre restreint de notre modeste travail de faire une étude complète, une étude d'ensemble des manifestations morbides chroniques post-encéphalitiques. D'ailleurs il faudrait pour cela que le dernier mot fût dit sur la question, et que nous ayons le recul nécessaire pour pouvoir faire sainement le départ entre ce qui, dans ces complications, appartient à l'encéphalite et ce qui lui est étranger. Car on a toujours trop de tendance à rapporter à l'affection à la mode toutes les manifestations morbides qui l'accompagnent ou la suivent de près ou de loin.

Nous nous bornerons donc à relater l'observation d'une malade, que nous avons pu examiner dans le service de M. le professeur Mairet, et qui a présenté, à la suite d'une

encéphalite léthargique à forme grave, une hémiplégie et des troubles oculaires particuliers.

Cette observation nous a paru intéressante en ce sens que si souvent des contractures ont été signalées consécutivement à l'encéphalite épidémique, c'étaient d'ordinaire soit des contractures localisées à un muscle ou à un groupe musculaire restreint, soit des attitudes musculaires figées rappelant surtout le syndrome parkinsonien. A notre connaissance, on n'a rapporté aucun cas d'hémiplégie typique avec contracture, consécutive à une encéphalite. Tout au plus a-t-on noté des cas d'hémi-parésie plus ou moins prononcée.

En second lieu, notre observation ne manque pas d'un certain intérêt, en raison des troubles oculaires que nous signalons. Habituellement en effet les troubles oculaires, constatés au cours ou à la suite de l'encéphalite épidémique, consistaient en troubles de l'appareil moteur de l'œil, appareil moteur extrinsèque du globe, ou appareil moteur intrinsèque (sphincter irien, dilatateur de la pupille, et muscle ciliaire). On n'avait cité qu'exceptionnellement des troubles de l'appareil sensoriel (atrophie optique) et encore ces troubles ont-ils été niés par certains auteurs.

Chez notre malade, douée, avant sa maladie, d'après ses dires, d'une vision excellente, l'atrophie optique bilatérale ne s'est pas simplement manifestée par des symptômes subjectifs, mais encore elle a pu être constatée objectivement à l'examen ophtalmoscopique. Elle n'est donc pas douteuse et paraît bien due à l'affection incriminée. Toutefois nous disons: elle « paraît » due et non pas elle « est » due à l'affection incriminée, car, à l'encontre de beaucoup, nous désirons nous garder du sophisme: « *post hoc, ergo propter hoc* ».

Après avoir exposé notre observation dans le détail,

après l'avoir fait suivre des commentaires cliniques, qu'elle nous a suggérés, nous étudierons en deux chapitres distincts : l'hémiplégie puis les troubles oculaires, envisagés chacun dans leurs relations avec l'encéphalite léthargique. Et nous terminerons en disant quelques mots du pronostic, de l'évolution, enfin du traitement de ces manifestations post-encéphalitiques.

II

OBSERVATION

Mlle M. D..., 37 ans, institutrice en Russie; au début des hostilités a été rapatriée par les soins de l'ambassade française en 1918.

A son retour en France est entrée dans les bureaux de l'Etat-Major, à Arles, en qualité de secrétaire dactylographe.

La malade nous dit qu'au mois de février 1920 elle a souffert de la tête pendant quelques jours et, à partir de la fin du même mois, M. D... a présenté une légère somnolence qui alla en augmentant jusqu'au 20 mars date à partir de laquelle la malade ne se souvient de rien de ce qui s'est passé jusqu'au mois de juillet.

Ayant appris par sa famille que M. D... avait été transportée à l'Hôpital d'Uzès, vers le milieu du mois d'avril, nous avons demandé des renseignements à M. le docteur Blanchard qui a bien voulu nous communiquer l'histoire de la maladie.

A son entrée à l'Hôpital d'Uzès, la malade présentait une somnolence très marquée, et, si on arrivait à la réveiller, c'était pour se rendormir aussitôt.

Son sommeil était coupé d'accès de délire très violents pendant lesquels elle revivait son existence en Russie, ra-

contant les moindres détails et insistant surtout sur les scènes les plus tragiques de la révolution russe qu'elle avait vécue. La malade présentait alors de l'anorexie, une légère bradycardie et du strabisme externe à droite.

Les réflexes étaient normaux; la sensibilité difficile à explorer paraissait intacte. Les pupilles réagissaient à la lumière. Il n'existait pas d'hypotonie mais plutôt un léger degré de contracture.

Le 21 avril, la malade, qui jusqu'alors était restée apyrétique à 39°, 1. Cette élévation de température coïncida avec une légère diminution de la somnolence, mais aussi avec une recrudescence des accès de délire. Dans la nuit suivante, elle eut quatre émissions involontaires d'urine.

Le 26, douleurs très vives dans le membre inférieur; le délire paraît diminuer un peu, mais la confusion augmente très rapidement.

Le 27, la somnolence est moins accentuée, les mouvements conjugués des yeux sont possibles dans tous les sens et il n'existe pas de diplopie.

M. D... qui jusqu'alors parlait distinctement, même pendant son sommeil, a aujourd'hui la parole hésitante et sourde. Dans la journée, elle a présenté une période d'excitation pendant laquelle elle s'est levée et a poussé des cris inintelligibles. Ces crises se sont renouvelées à trois reprises dans le courant de la nuit.

Le 28 avril, nouvelle crise d'agitation.

Le 29 et le 30, l'état reste stationnaire.

Le 1^{er} mai, à la visite, la malade se plaint de ne pouvoir remuer que difficilement le bras et la jambe droite et, à l'examen, elle présente un léger état parétique du membre inférieur droit avec phénomènes d'incoordination motrice.

Le réflexe patellaire est exagéré des deux côtés, il en est de même pour le réflexe achilléen.

Le réflexe olécranien est normal.

Le réflexe cutané plantaire se fait légèrement en extension à droite et en flexion à gauche.

Trismus de la mâchoire très marqué.

Sensibilité normale sous ses différentes formes.

Incontinence d'urines.

Température: 38°,4.

A l'auscultation des poumons, on note quelques râles à base droite.

Une ponction lombaire pratiquée ce jour-là, a donné issue à un liquide clair fortement hypertendu. L'examen a donné:

A la cellule de Nageotte: 15 leucocytes par millimètre cube; formule leucocytaire: lymphocytes, 87; polynucléaires, 13; albumine, 0 gr. 60; glucose, 0,36; chlorures, 7,8, par litre.

Le 3 mai, une nouvelle crise d'excitation apparaît et après la malade a beaucoup de peine à parler et se plaint de céphalées frontales très violentes.

Le 5 mai, la somnolence fait place à une période d'excitation très vive avec pleurs et cris inintelligibles. La malade qui se lève pour la première fois, a la démarche d'une hémiplégique.

Le 8 mai, la somnolence recommence et coïncide avec une légère élévation de la température. A l'occasion du moindre mouvement, des tremblements très marqués apparaissent au niveau du membre supérieur droit.

Le 10, phase d'excitation avec hallucinations (la malade voit devant ses yeux des scènes de la Révolution russe).

Le 14, M. D... sort de l'hôpital et à ce moment-là la somnolence est encore très marquée, et il existe des troubles parétiques très marqués au membre inférieur droit.

Les réflexes patellaires sont exagérés des deux côtés. Le

cutané plantaire est en extension à droite et il existe du silence à gauche.

Les réflexes cutanés abdominaux supérieur et moyen sont absents, seul le cutané abdominal inférieur est à peine ébauché.

Il n'existe pas de troubles pupillaires, la malade présente une légère diplopie.

De sa sortie à l'Hôpital d'Uzès le 14 mai au 30 octobre, date de son entrée à l'Hôpital Général, dans le service du professeur Mairet, nous ne pouvons avoir aucun renseignement.

La malade nous dit seulement qu'au mois de juillet elle aurait fait une saison à Lamalou.

A son arrivée à l'Hôpital Général, M. D... présente une hémiplegie droite avec légère contracture au niveau du membre inférieur, des céphalées parfois très violentes et des troubles oculaires caractérisés par un léger degré de strabisme et de la diminution de l'acuité visuelle.

Elle prétend ne se souvenir de rien de ce qui s'est passé du début de la maladie jusqu'au mois de juillet, époque à laquelle elle nous dit s'être réveillée avec le côté droit paralysé.

La malade présente un facies amaigri, angoissé, les yeux brillants et un léger degré de xanthodermie. Debout tout le corps est incliné vers la droite, la main en extension reposant sur l'abdomen.

Antécédents héréditaires. — Père mort de rétention urinaire; mère morte en 1915 hémiplegique.

Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — A été opérée de l'appendicite en 1915 en Russie; scarlatine à l'âge de 7 ans.

Examen. — La démarche est pénible, la jambe droite raide, fauchant.

L'équilibre sur les deux jambes est facile et le Romberg est négatif.

Léger degré de contracture au niveau du membre inférieur et du membre supérieur droit.

Le pied droit est en valgus équin.

La force musculaire est conservée dans les deux bras mais la main droite est à peu près sans force.

Les mouvements volitionnels sont impossibles au niveau des articulations du genou et du cou-de-pied, mais ils sont possibles au niveau de la hanche.

Les réflexes rotuliens sont vifs et exagérés, surtout à droite.

Les réflexes achilléen, contra-latéral, olécranien, périosté, radial, sont exagérés.

Le réflexe massétérien est normal.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion à gauche, et il y a du silence à droite; l'Oppenheim est positif à droite.

Seul le réflexe cutané abdominal inférieur est à peine ébauché.

La sensibilité tactile est conservée.

Léger degré d'hypoalgésie au niveau du pied et de la jambe droite.

La sensibilité thermique est conservée.

La sensibilité profonde est conservée.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité subjective. Léger degré de Kernig. Le sens stéréognostique est conservé.

Du côté des organes des sens, la malade a présenté durant toute sa maladie une légère perversion du goût et de l'odorat.

Les troubles oculaires plus marqués consistent en :

Les pupilles sont égales, régulières, légèrement en my.

driase, et réagissent paresseusement à la lumière; le réflexe à l'accommodation est conservé.

La musculature extrinsèque paraît touchée, il existe une légère parésie du muscle droit interne facilement mise en relief par la recherche du réflexe à la convergence.

Résultat de l'examen oculaire pratiqué par le docteur Bouniol, aide de clinique ophtalmologique:

Antécédents personnels oculaires. — N'a jamais présenté avant l'affection actuelle aucun trouble oculaire objectif ou subjectif. Bonne vue antérieure de loin et de près. Se plaint depuis quatre mois d'une diminution progressive et spontanée de la vision O D G sans phénomènes douloureux oculaires ou péri-oculaires.

Etat actuel. — Parésie du droit interne droit; pupilles en mydriase, légèrement paresseuses à la lumière et à l'accommodation.

Fond d'œil: pâleur optique O D G, plus prononcée à droite.

Champ visuel: rétrécissement concentrique O D G.

Diagnostic. — O D G: atrophie optique, parésie musculature intrinsèque; O D: parésie droit interne.

Une ponction lombaire faite le 2 novembre 1920 a donné issue à un liquide clair.

Pression au Claude: avant, 17; après 8; albuminé, 0 gr. 45; chlorures, 7 gr. 6; à la cellule de Nageotte, 6,1 éléments au millimètre cube; formule leucocytaire: poly., 11; lympho., 89; Wassermann négatif.

Un Wassermann pratiqué dans le sang a été lui aussi négatif.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler.

Appareil circulatoire. — Pouls régulier, hypotendu à 80. Pression au Vaquez Laubry: Mx 10, Mn 8. A l'auscultation les bruits du cœur sont sourds et il existe un dédoublement du second bruit.

Appareil digestif. — Langue saburrale, anorexie. Constipation légère.

Le foie est notablement augmenté de volume, le bord inférieur très douloureux à la palpation déborde environ de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes.

La rate est normale.

Appareil génito-urinaire. — Pollakiurie sans polyurie, plus d'incontinence d'urine.

A l'analyse, les urines présentent seulement des phosphates en excès et une quantité appréciable de pigments biliaires.

La malade, qui n'avait pas été réglée durant toute sa maladie, a vu réapparaître ses règles il y a deux mois.

III

L'HEMIPLEGIE CONSECUTIVE A L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE

On a signalé quelquefois des cas d'hémi-parésie, plus ou moins complète, mais en général à forme régressive, s'étant installée consécutivement à une atteinte d'encéphalite léthargique. Nous ne nous souvenons pas avoir vu rapportés des cas d'hémiplégie avec contracture, c'est-à-dire à un stade plus avancé, sous une forme d'apparence plus durable, plus définitive, survenus dans les mêmes conditions. C'est pourtant bien la forme clinique présentée par notre malade.

Lors de notre dernier examen, avant son départ de l'Hôpital Général, elle présentait tout le tableau symptomatologique classique de l'hémiplégie avec contracture :

Le membre supérieur était collé au tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, la main fléchie sur l'avant-bras, et les doigts fléchis dans la paume de la main.

Le membre inférieur était au contraire contracturé en extension : la malade marchait en « fauchant ».

Elle présentait en outre une exagération manifeste de tous les réflexes du côté paralysé : réflexes rotulien, achilléen, contro-latéral, olécranien, périosté radial. De ce même côté, la trépidation épileptoïde était facile à mettre en évidence, ainsi que le signe de Babinski.

Cependant, chose curieuse, on ne notait aucune atteinte dans le domaine du facial, soit du facial supérieur, soit du facial inférieur: aucune paralysie des muscles de la face, aucune déviation des traits, aucune gêne dans la parole ou dans l'occlusion des paupières.

Mais nous devons faire remarquer que nous n'avons pas observé la malade pendant toute la durée de l'affection. Elle a pu, à un moment donné, présenter des phénomènes de paralysie faciale, qui auraient régressé ensuite. Malheureusement il nous est impossible de nous prononcer sur ce point avec quelque certitude, les renseignements que nous avons recueillis sur le début de la maladie étant incomplets et le sujet se trouvant atteint d'une amnésie absolue en ce qui concerne l'histoire de son affection. Tout ce que nous pouvons dire sur ce point, c'est que, étant donnée la fugacité habituelle de certaines paralysies dans l'encéphalite léthargique, il ne serait pas étonnant qu'une paralysie faciale ait apparu en même temps que l'hémiplégie par nous constatée, et qu'elle ait disparu ensuite spontanément, le virus ayant quitté la zone du facial et s'étant localisé aux centres moteurs des membres ou plutôt sur le trajet du faisceau pyramidal.

Et ceci nous amène à dire quelques mots du mécanisme pathogénique de l'hémiplégie consécutive à l'encéphalite épidémique.

On sait que les deux causes les plus fréquentes de l'hémiplégie sont l'hémorragie cérébrale et le ramollissement cérébral. La diathèse arthritique, le mal de Bright, à cause de l'hypertension et des lésions artérielles qui les accompagnent, se trouvent en général à l'origine de la première de ces deux affections. D'autre part, la goutte, le rhumatisme, les infections, les intoxications sont le plus souvent les causes de la thrombose et de l'embolie des ar-

tères cérébrales, auxquelles est dû le ramollissement cérébral. Qu'on ait affaire, par ailleurs, à une hémorragie ou à un ramollissement cérébral, la syphilis joue dans les deux cas au point de vue étiologique un rôle considérable. Comme d'un autre côté la syphilis compte également pour beaucoup dans l'étiologie des atrophies optiques et que notre malade présentait et une hémiplégie et une atrophie optique bilatérale, nous avons été amené à pousser nos investigations du côté de l'infection syphilitique. Or un interrogatoire minutieux pratiqué dans ce sens, ainsi que deux Wassermann, l'un dans le sang, l'autre dans le liquide céphalo-rachidien, ne nous ont donné que des résultats négatifs. Force nous était bien de nous rabattre sur l'encéphalite intercurrente pour donner une étiologie aux manifestations morbides ci-dessus mentionnées. D'ailleurs si l'on se souvient qu'avant son encéphalite, la malade avait une vision excellente et qu'elle se trouvait dans un parfait état de santé, on verra qu'il n'est possible d'attribuer à l'hémiplégie et à l'atrophie optique consécutives aucune autre cause.

Ceci dit, par quel mécanisme pathogénique le virus de l'encéphalite épidémique a-t-il pu déterminer une hémiplégie? Sur quelle région des centres nerveux s'est-il localisé?

On sait, à l'heure actuelle, surtout depuis les recherches anatomo-pathologiques de Pierre Marie et Tétrakoff, que le virus de l'encéphalite léthargique affectionne particulièrement la substance grise du mésocéphale (noyau rouge et locus niger de Sommering). Or le locus niger sépare la calotte du pied du pédoncule cérébral. Et c'est dans le pied du pédoncule cérébral que passent les fibres du faisceau pyramidal, donnant la motricité à tous les muscles de la moitié opposée du corps. Quoi d'étonnant à ce que la lé-

sion probable du locus niger se soit étendue, dans une forme aussi grave que celle dont nous rapportons l'observation, à la région du pied du pédoncule, qui lui est adjacent. De là l'hémiplégie. Nous n'émettons là évidemment qu'une hypothèse, car, en l'absence d'autopsie, la localisation exacte des lésions nous paraît impossible.

IV

LES TROUBLES OCULAIRES CONSÉCUTIFS A L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE

Les troubles oculaires dus à l'encéphalite léthargique sont extrêmement nombreux. Ils consistent surtout en des paralysies de la musculature, extrinsèque ou intrinsèque, de l'œil. On a cependant signalé aussi (notre cas en est un exemple et nous reviendrons sur ce point) des lésions portant sur le nerf optique lui-même.

D'après Achard et Netter, la proportion des paralysies oculaires dans l'encéphalite léthargique serait d'environ 70 à 75 p. 100. De Lapersonne, se basant sur la fréquence des cas ambulatoires, dans lesquels le malade vient consulter seulement l'ophtalmologiste pour des manifestations oculaires isolées ou tardives, prétend que ce taux doit être encore beaucoup plus élevé.

Les troubles oculaires peuvent se produire à tous les stades de la maladie : tantôt de très bonne heure, précédant même l'apparition des troubles généraux (somnolence, fièvre, céphalée), caractéristiques de l'affection ; tantôt pendant la période d'état, ils sont alors souvent fugaces, transitoires ; tantôt enfin à la période de terminaison ou au cours de la convalescence, constituant parfois des séquel-

les, dont la persistance ne laisse pas que d'être alarmante, car elle démontre que la maladie n'est pas encore éteinte et que de nouvelles recrudescences graves peuvent être à redouter.

La paralysie atteint n'importe quel muscle de l'œil, les muscles intrinsèques tout aussi bien que les muscles moteurs du globe. Il arrive qu'elle reste localisée à un muscle; d'autres fois elle affecte tout un groupe musculaire plus ou moins étendu, plus ou moins complet. On a signalé par exemple des paralysies totales de la troisième paire. C'est d'ailleurs dans le domaine de la troisième paire qu'on la rencontre le plus fréquemment. La sixième paire est ordinairement indemne. De Lapersonne cite toutefois un cas assez net de paralysie isolée du moteur oculaire externe gauche, paralysie transitoire qui fut le premier symptôme d'une encéphalite léthargique à forme bénigne. Les paralysies isolées de la quatrième paire n'ont pas encore été signalées jusqu'ici.

Du côté de la musculature intrinsèque, l'inégalité pupillaire se rencontre souvent: Bollack, dans une récente étude sur les « formes oculaires frustes de l'encéphalite épidémique » dit l'avoir observée sept fois sur douze cas. Le réflexe photomoteur est presque toujours normal, quelquefois un peu paresseux. Par contre, la paralysie ou tout au moins, une certaine parésie de l'accommodation, se manifeste en moyenne dans 50 p. 100 des cas.

Enfin, relatons l'existence fréquente de secousses nystagmiformes dans les positions extrêmes du regard horizontal ou vertical, qui « paraissent indiquer une véritable déséquilibration des globes dans certaines positions et résulter parfois de l'atteinte des voies d'associations internucléaires, ou, plus précisément, vestibulo-oculo-motrices » (Bollack).

Mais ces diverses paralysies — pour si variées qu'elles soient — ont toutes un caractère commun, tout à fait spécial : elles sont « dissociées, parcellaires, fugaces ou migratrices avec recrudescences fréquentes » (de Laperrière) ; et c'est justement ce caractère particulier qui constitue la physionomie clinique si changeante, pathognomonique pour ainsi dire des manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique.

En réalité, nous devons bien nous dire que la plupart du temps ces paralysies ne sont pas à proprement parler de véritables paralysies motrices, mais plutôt des phénomènes myasthéniques passagers, sous la dépendance de l'état d'asthénie générale inhérent à l'affection causale. C'est ce qui expliquerait cette variabilité d'aspect clinique d'un jour à l'autre, ces manifestations presque quotidiennes des phénomènes paralytiques chez un même sujet.

Cependant il arrive, quoique plus rarement, que ces paralysies oculaires aient une évolution de plus longue durée et qu'elles paraissent même dans certains cas devoir s'établir d'une façon définitive.

Ainsi, chez notre malade, un strabisme paralytique divergent de l'œil droit, — accompagné de diplopie — a été l'une des premières manifestations oculaires signalées. Or, environ huit mois après, lors de notre dernier examen, ce même strabisme persistait. Et si la diplopie avait disparu, c'est que la malade avait sans doute pris instinctivement l'habitude de faire abstraction de l'une des deux images, probablement de celle fournie par l'œil strabique — ce dernier ayant une acuité visuelle inférieure de un dixième à celle de son congénère.

Mais, outre cette paralysie du droit interne droit et une certaine parésie de la musculature intrinsèque des deux yeux (réflexe photomoteur et accommodation), notre sujet présentait des lésions oculaires bien plus graves et plus

importantes; nous voulons parler de l'atrophie optique bilatérale.

Cette atrophie optique, plus prononcée à droite, caractérisée par une diminution progressive et spontanée de la vision des deux yeux, un rétrécissement concentrique du champ visuel et une pâleur pathognomonique des papilles a été mise en évidence par l'examen du docteur Bouniol.

Ces manifestations pathologiques du côté du fond de l'œil sont, paraît-il, très rares dans l'encéphalite léthargique. Cependant Terrien a signalé dans certains cas de l'hyperémie papillaire et Morax a observé une stase papillaire bilatérale chez un sujet, dont le Wassermann était positif et chez lequel, à vrai dire, il était difficile pour cette raison de faire le départ au point de vue étiologique entre la syphilis et l'encéphalite léthargique. D'ailleurs Jeanselme a rapporté des faits qui semblent bien démontrer la possibilité du réveil de certaines manifestations spécifiques sous l'influence de cette dernière affection.

Nous n'avons pas été nous-même sans nous demander si notre cas n'était pas un cas analogue. En vérité, l'apparition simultanée d'une hémiplégie et d'une atrophie optique, toutes deux manifestations d'origine souvent syphilitique, nous laissait des doutes sur leurs causes possibles. C'est pourquoi nous nous sommes entourés de toutes les garanties nécessaires avant d'affirmer notre diagnostic: deux Wassermann, l'un dans le sang, l'autre dans le liquide céphalo-rachidien, étant demeurés négatifs, de plus un interrogatoire minutieux ne nous ayant rien révélé de suspect au point de vue syphilis dans les antécédents héréditaires ou personnels du sujet, nous avons cru pouvoir rapporter l'hémiplégie et l'atrophie optique à l'encéphalite léthargique, au cours de laquelle elles se sont déclarées.

V

PRONOSTIC — EVOLUTION

Au point de vue pronostic, il faut faire une distinction entre les véritables séquelles de l'encéphalite léthargique et les formes prolongées, dues à la persistance, dans certaines régions des centres nerveux, d'un virus à vitalité ralentie, mais susceptible, à la moindre cause occasionnelle, de se réveiller, au bout d'un temps parfois très long (5 ans dans une observation récemment publiée). Il se produit dans ce dernier cas une rechute, ordinairement plus grave que la première atteinte et souvent mortelle.

Cette distinction entre les séquelles vraies et les formes prolongées, a été faite pour toutes les manifestations morbides consécutives à l'encéphalite épidémique, mais surtout pour le syndrome parkinsonien, qui compte parmi les plus fréquentes des complications de cette maladie. Plusieurs auteurs, Sicard en particulier, ont fait remarquer qu'on pouvait avoir affaire soit à un parkinsonisme passager à évolution régressive et de pronostic bénin, soit à un parkinsonisme plus durable, constituant la forme prolongée d'une affection susceptible de rechutes, soit enfin à une véritable maladie de Parkinson, progressive et définitive, ce dernier cas étant le plus rare.

On peut en dire autant pour toutes les autres complications de l'encéphalite léthargique.

Dans notre cas particulier, nous n'avons pas encore au point de vue du temps le recul nécessaire pour pouvoir dire si nous avons affaire à de véritables séquelles ou à une forme prolongée de la maladie. Ce qu'il y a de certain, c'est que c'est une forme grave, à évolution progressive. L'hémiplégie avec contracture prouve en effet une atteinte définitive du faisceau pyramidal. Quant à l'atrophie optique, une fois arrivée au stade avancé où elle en est chez notre malade, il y a peu de chances pour qu'elle régresse.

Ainsi donc, dans un cas comme dans l'autre, le pronostic est grave: si les complications nerveuses constituent seulement des séquelles d'encéphalite léthargique, sans persistance du virus au niveau des centres nerveux, primitivement atteints, l'évolution peut être de longue durée, et le sujet peut survivre longtemps avec son hémiplégie et son atrophie optique. Si, au contraire, nous avons affaire à une forme prolongée de la maladie, une rechute viendra, bientôt, sans doute, hâter le dénouement.

VI

TRAITEMENT

Le traitement sera d'abord causal, ce sera celui de l'encéphalite léthargique elle-même.

Il sera ensuite symptomatique, s'adressant alors aux complications.

A. Traitement de l'affection causale.

1° Ingestion quotidienne de 3 à 4 grammes d'urotropine en six ou huit fois dans les vingt-quatre heures, ou injections intra-veineuses d'urotropine, trois injections de 0 gr. 50. L'urotropine agit dans ce cas comme antiseptique général.

2° Prise d'une infusion de jaborandi, ou injections de pilocarpine pour activer la sécrétion salivairé et favoriser ainsi l'élimination du virus fixé dans les cellules ganglionnaires des glandes salivaires.

3° Dans les formes graves, injections d'essence de térébenthine (1 à 3 centigrammes) afin de provoquer des abcès de fixation, destinés d'une part à agir comme dérivatifs, et d'autre part à exciter les réactions de défense de l'organisme.

Voilà, en quelques mots, la thérapeutique la plus usitée en cas d'encéphalite léthargique. Cependant certaines autres méthodes ont été préconisées, pour l'emploi desquel-

les il est bon d'attendre qu'elles aient fait leurs preuves. Ce sont : les injections intra-arachnoïdiennes de sérums d'anciens malades convalescents (Sicard, Sabrazès), l'autohémothérapie (Bourges et Marcandier), enfin les injections de sérums divers, antifétanique, antipesteux...

B. *Traitement des complications ou séquelles*

a) *Hémiplégie*. — Contre l'hémiplégie, il y a peu de chose à faire. On recommande d'éviter la faradisation des membres contracturés, car elle augmente la contracture. Les courants continus, les eaux thermales chlorurées sodiques, les bains de boue (eaux de Balaruc) résument la thérapeutique ordinairement employée.

b) *Atrophie optique*. — Contre l'atrophie optique en voie de développement, nous n'avons pas non plus beaucoup d'action. Les deux ressources thérapeutiques habituellement usitées en pareil cas sont l'électricité et la strychnine.

La galvanisation se fait à l'aide d'une électrode placée sur les paupières fermées et d'une autre à la partie supérieure de la nuque pendant une durée de dix minutes au minimum, trente minutes au maximum et sans que le courant dépasse 2 milliampères.

La strychnine, pour agir plus efficacement, doit être administrée en injections sous-cutanées à doses croissantes, de 0,5 à 1 milligramme tous les deux jours, puis tous les jours, enfin deux fois par jour, par séries d'une vingtaine d'injections.

On opposera également aux complications nerveuses, une hygiène sévère : existence calme et réglée, sans excès d'aucune sorte (veilles, travail intellectuel, excès sexuels) ni dépense exagérée de forces physiques ; régime doux et fortifiant composé surtout d'œufs et de lait ; les préparations phosphatées ou ferrugineuses ; l'hydrothérapie.

VII

CONCLUSIONS

I. — On a signalé des formes myoclonique, parkinsonnienne, choréique, paraplégique, etc., de l'encéphalite léthargique; on pourrait ajouter qu'il existe aussi une forme hémiplegique de cette affection, ou, plus simplement, que l'hémiplegie occupe une place parmi les complications nerveuses de l'encéphalite léthargique.

II. — Le virus de l'encéphalite léthargique peut se localiser, quoique plus rarement, sur le nerf optique, aussi bien que sur les nerfs moteurs de l'œil.

III. — Ces complications sont-elles de simples séquelles de l'affection causale, ou en constituent-elles une forme prolongée, avec persistance du virus au niveau des centres nerveux et par conséquent danger de rechute? En nous basant sur l'observation relatée ici, nous ne pouvons nous prononcer — le début de l'affection ne remontant pas assez loin pour nous permettre de le faire. Mais si nous nous en rapportons aux cas publiés, il semble probable que ces pseudo-séquelles sont des formes prolongées de la maladie, dues à la persistance, sur les centres nerveux, d'un virus atténué, mais susceptible de se réveiller à la moindre cause occasionnelle et d'entraîner des rechutes, d'ordinaire plus graves que la première atteinte.

IV. — Que l'on ait affaire à une forme prolongée ou à des séquelles de la maladie, le pronostic des complications nerveuses que nous avons étudiées (hémiplegie, atrophie optique) est très grave dans les deux cas : dans le premier, il y a toujours à craindre une rechute mortelle ; dans le second, le malade est destiné à demeurer infirme, car on sait combien rarement rétrocedent une hémiplegie avec contracture et une atrophie optique en voie de développement.

V. — Le traitement est d'abord celui de l'affection causale (urotropine, pilocarpine, abcès de fixation), puis celui de chaque complication en particulier : contre l'hémiplegie, les courants continus, les eaux thermales chlorurées sodiques, les bains de boue ; contre l'atrophie optique, la galvanisation et le sulfate de strychnine (surtout en injections hypodermiques).

VIII

BIBLIOGRAPHIE (suivant l'ordre chronologique)

1918:

NETTER (Arnold). — Sur quelques cas d'encéphalite léthargique observés récemment à Paris. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 22 mars.

CHAUFARDE (A.) et BERNARD (Mlle). — Encéphalite léthargique. *Ibidem*, 12 avril.

CLAUDE (H.). — A propos de l'encéphalite léthargique. *Ibidem*, 19 avril.

SAINT-MARTIN (De) et LHERMITTE. — La poliomyélocéphalite primitive avec narcolepsie. *Ibidem*, 17 mai.

MARIE (Pierre) et TRITIAKOFF. — Examen histologique des centres nerveux dans deux cas d'encéphalite léthargique. *Ibid.*, 24 mai.

LORTAT (Jacob) et HALLER. — Séquelles d'encéphalite léthargique réalisant un syndrome particulier de la calotte pédonculaire. *Ibid.*, 26 juillet.

1919:

CAIZERGUES. — L'encéphalite léthargique. *Th. Montpellier*.

AUDIBERT (Victor). — L'encéphalite léthargique à Marseille. *Bull. et mém. de la Soc. méd. hôp. Paris*, 17 avril.

1919: suite.

PAPIN, DENÉCHAU et BLANC. — Quatre cas d'encéphalite léthargique à Angers ; leur modalité clinique ; leurs suites après cinq mois d'évolution. *Ibidem*, 10 juillet.

1920:

SICARD. — L'encéphalite myoclonique. *Presse médicale*, 14 avril.

NETTER. — Leçon aux médecins du bassin de la Sarre sur l'encéphalite léthargique. *Presse médic.*, 7 avril.

CLAUDE. — Forme myotonique de l'encéphalite léthargique. *Bull. et méd. Soc. méd. hôp. Paris*, 4 mars.

SICARD. — Type paraplégique de l'encéphalite épidémique. *Ibid.*, 11 mars.

ARDIN-DELTEIL et RAYNAUD. — Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique; les formes choréiques. *Ibid.*, 11 mars.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Syndrome parkinsonien avec parésie du moteur oculaire commun d'origine infectieuse. *Ibid.*, 1^{er} avril.

ROGER. — Encéphalite épidémique à forme polynévritique. *Ibid.*, 1^{er} avril.

BOSC. — Dix-huit cas d'encéphalite léthargique; grippe à forme nerveuse primitive; épidémie de la région de Montpellier. *Ibid.*, 1^{er} avril.

— Détermination radiculaire de l'encéphalite léthargique. *Ibid.*, 22 avril.

DUCAM, BLOUQUIER et TZELEPOGLOU. — Un cas d'encéphalite léthargique avec examen histologique. Communication à l'Académie de médecine, in *Presse médicale*, 15 mai.

1920 : suite.

SICARD et PARAF. — Parkinsonisme et Parkinson, reliquats d'encéphalite épidémique. *Société de neurologie*, 6 mai.

GILFORD DICKINSON. — Signes oculaires de l'encéphalite léthargique. *American journal of ophthalmology*, août.

DÉ LAPERSONNE. — Manifestations oculaires de l'encéphalite léthargique. *Presse médicale*, 21 juillet.

— Les attitudes musculaires figées séquelles de névrite. *Société de neurologie*, 4 novembre.

— Encéphalites amyotrophiques du type médullo-radiculaire et du type périphérique. *Société médicale des hôp. Paris*, 29 octobre.

FOIX. — Algie à type radriculaire au cours d'une encéphalite épidémique. *Ibid.*

RÉMOND et LANNELONGUE. — Les séquelles de l'encéphalite léthargique. *Académie de médecine*, 19 octobre.

HOFSTADT (F.). — Forme spéciale de troubles du sommeil consécutive chez les enfants à l'encéphalite épidémique. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 26 novembre.

DENÉCHAU. — L'épidémie d'encéphalite léthargique en Anjou. *Soc. méd. hôp. Paris*, 17 décembre.

BOURGES et MARCANDIER. — Sur le traitement de l'encéphalite épidémique. *Société de thérapeutique*, 13 octobre.

1921 :

BOLLACK. — Formes oculaires frustes de l'encéphalite épidémique. *Société de neurologie*, 3 février.

BÉRIEL et VIRET. — Les états de rigidité automatique. *Société méd. hôp. Lyon*, 15 février.

1921 : suite.

SOUQUES. — Des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. *Société de neurologie*, 3 février.

LHERMITTE et CORNIL. — Un cas de syndrome parkinsonien en apparence à début brusque; origine encéphalitique probable. *Ibid.*

GUTMAN et KUDELSKI. — Encéphalite léthargique remontant à cinq ans avec séquelles amyotrophiques du type Landouzy-Déjerine. *Soc. méd. hôp. Paris*, 14 janvier.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'Etude des séquelles de
l'Encéphalite léthargique* par Joseph
MONTAGNE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 25 juin 1921.

Le Professeur.

BOSC.

Vu :

Montpellier, le 19 juillet 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 19 juillet 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
